

Deuxième colloque sur la santé mentale Second symposium on mental health

Monique Robitaille

Volume 2, numéro 2, novembre 1977

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030021ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce compte rendu

Robitaille, M. (1977). Compte rendu de [Deuxième colloque sur la santé mentale]. *Santé mentale au Québec*, 2(2), 59–66.

Résumé de l'article

L'auteur résume les délibérations du deuxième congrès sur la santé mentale communautaire dont le patient chronique et les problèmes de traitement étaient les thèmes de la première partie du colloque. Diverses définitions de la chronicité furent proposées, et le problème de l'asile et des moyens pour surmonter un certain immobilisme inhérent au traitement des patients chroniques furent aussi abordés. Dans la deuxième partie du colloque, sous le thème de la prévention, les discussions furent centrées autour de certains participants défendant l'accent mis seulement sur le traitement des malades mentaux alors que d'autres préféraient se concentrer sur la qualité de vie.

Deuxième colloque sur la santé mentale

Monique Robitaille

Pour donner suite au premier colloque sur la santé mentale organisé par le département de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc, l'hôpital Louis-H.-Lafontaine tenait une deuxième rencontre les 1er et 2 avril 1977. Ce colloque regroupait 250 travailleurs en santé mentale, la plupart rattachés à des cliniques de secteur et engagés activement en psychiatrie communautaire. Ergothérapeutes, infirmières, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux ont tenté, une fois de plus, de parler le même langage, non sans difficulté toutefois.

Le but de cette deuxième étape était de favoriser une discussion plus approfondie sur deux sujets fort complexes: la chronicité et la prévention en santé mentale.

Je ne tenterai pas, dans ce court exposé, de vous faire le résumé de toutes les délibérations. Je m'efforcerai plutôt de vous faire part de l'ensemble des idées qui ont été exprimées, des suggestions proposées et du climat dans lequel tout ceci s'est passé.

CHRONICITE

Les discussions concernant le thème de la chronicité, discuté durant la session du matin, furent amorcées à la suite de l'exposé 1 du Dr Marcel Lemieux, directeur médical de l'hôpital psychiatrique d'Hamilton. Celui-ci a sévèrement critiqué la psychiatrie communautaire alléguant que ses réalisations étaient bien loin des attentes promises. Il a même longuement parlé de ce nouvel asile déplacé maintenant dans la communauté.

L'auteur est coordonnatrice du Centre de Santé Mentale Communautaire, cliniques externes de psychiatrie de l'hôpital Saint-Luc.

(1) Cet exposé est reproduit dans le présent numéro sous le titre "Prévention et chronicité en psychiatrie communautaire".

DEFINITIONS

Les discussions qui suivirent cet exposé controversé mais fort stimulant, nous ont amené à réfléchir sur la notion de chronicité. Plusieurs ont parlé d'une déception chronique chez les professionnels qui connaissent mal les limites de leurs possibilités, évaluent difficilement la capacité des malades ainsi que les objectifs thérapeutiques réalisables. Plusieurs définitions du malade chronique ont été données: celui avec lequel on ne peut plus rien faire; celui qui consomme des soins sans perspective de guérison; celui qu'il faut accepter de traiter à long terme, encore récupérable cependant; celui qui rechute continuellement; celui dont la chronicité est une deuxième maladie greffée sur la psychose initiale; celui qui ne peut fonctionner en société; celui sans aucune autonomie; et même celui qui est de trop dans notre système de soins. On ajoute d'ailleurs que la notion de chronicité pouvait dépendre des circonstances du milieu ainsi que des conditions sociales, d'où la nécessité d'une grille de sélection pour mieux définir la chronicité.

Dr Marcel Lemieux pour sa part a fait une distinction entre le malade chronique et l'usager chronique: "Lorsqu'un patient fait une psychose, c'est un malade chronique non parce qu'il vient à l'hôpital mais parce qu'il a une maladie avec laquelle il va peut-être vivre le reste de son existence... cela ne veut pas dire nécessairement que ce malade chronique est nécessairement un usagé chronique des services médicaux, hospitaliers. La chronicité dans la médecine, c'est l'état normal de la plupart des patients qu'on rencontre... Lorsqu'on parle de chronicité, je pense que l'on parle de l'usage chronique, continu, abusif ou non des services du personnel et de l'ensemble de l'organisation des soins qui permettent à l'individu de se maintenir dans la communauté".

La chronicité de l'équipe a également été abordée par une participante: "On insiste beaucoup justement sur un usage abusif, chronique et répétitif des soins mais on insiste beaucoup moins sur l'usage abusif, aussi chronique et répétitif de nos modes d'intervention qui sont à peu près toujours les mêmes; les équipes traitantes manquent beaucoup d'imagination".

ASILE ET COMMUNAUTE

Le problème de la chronicité était abordé quelque peu différemment selon que les individus travaillaient en hôpital psychiatrique ou en clinique externe. Sans doute dû au fait que le colloque se tenait dans un hôpital psychiatrique et non dans un hôpital général, près de 40% des participants étaient à l'emploi d'hôpitaux asilaires: il n'a pas été étonnant que l'on aborda longuement le problème de l'asile. Bien que l'on admette que cette institution soit nécessaire, on ne cesse de s'interroger sur ce que devrait être son rôle. Germain Lavoie, chef du département de psy-

chologie de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine ajouta: "On vit présentement une période d'ambivalence... Il y a des choix à faire et ce choix va amener une reconnaissance de la fonction asilaire et de la fonction d'un hôpital psychiatrique qui devront être nettement séparées, où des gens se reconnaîtront dans un lieu comme dans l'autre et pourront se sentir à l'aise tant du côté des soignants que du côté des patients".

Marcel Lemieux pour sa part, a parlé d'une façon très stimulante de l'hôpital psychiatrique. Selon lui, cet hôpital doit être sur-spécialisé, sur-équipé et offrir des services que l'hôpital général n'est pas en mesure d'offrir, à cause de la complexité du traitement, hôpital de deuxième ligne soit, mais plus spécialisé que la première ligne de soins. Cependant, il ne nie pas le fait que l'on ait besoin d'asiles mais d'asiles distincts de l'hôpital psychiatrique.

SUGGESTIONS

Les participants ont tenté de faire certaines suggestions face au problème de la chronicité mais on sentait nettement un climat d'interrogation, pour ne pas dire de déception, face aux réalisations de la psychiatrie communautaire. On prétendait qu'on n'avait pas réussi à guérir le malade chronique avec les outils de la psychiatrie de secteur. Au contraire, on a plutôt recréé l'asile dans la communauté. Et comme il n'y a pas lieu de croire que la maladie mentale est en relation directe avec l'environnement, il a alors été suggéré de revenir à un modèle médical authentique, à une plus grande spécificité professionnelle, à une plus grande rigueur scientifique. On a aussi suggéré de poursuivre des recherches sur de nouveaux traitements et sur les causes de la maladie mentale, de réviser les politiques de réinsertion sociale et de former du personnel spécialisé pour travailler auprès des malades chroniques.

Les travailleurs en clinique externe n'ont certainement pas trouvé de réponses à toutes leurs questions, notamment l'utilité ou non d'investir dans le traitement de psychotiques chroniques. Ils ont cependant constaté, d'une façon plus précise, la nécessité de faire certains choix dès le départ. N'est-il pas préférable, puisque nos ressources sont si limitées, de concentrer davantage nos énergies sur les jeunes psychotiques que le processus de chronicisation n'a pas encore atteint ?

PREVENTION

On sait d'ores et déjà que les professionnels en santé mentale se divisent, plus ou moins, en deux groupes. Certains croient à la prévention en santé mentale et prétendent avoir un rôle à jouer comme thérapeute, tout en reconnaissant que cette responsabilité ne leur incombe pas à eux seuls. D'autres, par contre, affirment que la prévention en santé mentale est impossible et que tout effort dans ce sens s'avère inutile puisque difficilement mesurable. Par ailleurs, nous savons que le mo-

dèle médical, tel que traditionnellement utilisé, s'avère plus ou moins applicable en terme de prévention. C'est pourquoi nous avons invité un conférencier se situant hors de ce cadre pour amorcer la discussion sur la prévention en santé mentale.

L'invité Jacques Bourgault, 1 un politicologue, a choisi de faire l'analogie entre les bénéficiaires de régimes de sécurité du revenu et la clientèle psychiatrique pour montrer comment tous ces gens sont empêchés de réaliser une partie de "l'univers des possibles" non seulement à cause de lacunes personnelles mais aussi, jusqu'à un certain point, parce que la société est pathogène. "L'univers des possibles, c'est ce qui constitue l'homme dans sa capacité de réalisation sociale; le droit au savoir fonctionnel, c'est-à-dire la possibilité d'être gratifié par un diplôme et de pouvoir s'insérer fonctionnellement - si en plus de naître dans une société que l'on n'a pas choisi, on est privé d'un travail et on est considéré comme étant inutile de ce fait, forcément, on est privé de la possibilité de se réaliser-; le droit à la satisfaction de besoins matériels, comme le logement, le vêtement, la nourriture, la santé, le droit à certains loisirs organisés; le droit à la satisfaction de besoins d'ordre émotionnel; une relation non atrophiée avec les amis, la famille, le voisinage; l'estime de soi, et l'estime des autres; le droit à la satisfaction de besoins sociaux comme la compréhension du politique ou les chances de réussite dans la participation... Quand on n'a pas tous ces droits, quand on n'a pas l'ensemble de ces droits, on n'a pas la possibilité de se réaliser dans la société... Ceci effectivement pose alors un certain nombre de problèmes quant à la propension à l'aliénation mentale". Enfin M. Bourgault souhaitait voir des thérapeutes faire entreprendre des recherches ou de les entreprendre eux-mêmes afin de déterminer concrètement quelles peuvent être les principales conditions pathogènes de la société. "On ne peut pas se lancer dans des dénonciations stériles- la société qui rend tout le monde malade- et prétendre qu'il faut la changer globalement plus tard. Je pense que la solution du tout ou rien finit plus souvent par le rien du tout... Il faut plutôt essayer de localiser des éléments précis qui sont particulièrement pathogènes et en tant que thérapeutes en santé mentale forcer les corps publics à intervenir pour réduire les éléments pathogènes... Il est impossible de faire de la prévention en santé mentale sans recourir, sans forcer l'intervention des corps publics."

PROJETS CONCRETS

Suite à cet exposé, nous suggérons aux participants de donner libre cours à leur imagination et de rédiger un projet de prévention en santé

(1) Cette conférence est tirée d'une recherche faite à l'Université du Québec à Montréal, sous la direction de Jacques Bourgault et de Gilles Boily dont une synthèse a été présentée dans *Santé mentale au Québec*, Vol. II no. 1 sous le titre "Aliénation sociale et bénéficiaires de régimes de sécurité du revenu".

mentale réalisable avec un budget fictif de \$50,000.00. Tous ont eu énormément de difficultés à se prêter à ce petit exercice. Si seulement deux ateliers ont réussi à rédiger un projet, la plupart des autres ateliers ont lancé tout au moins des idées fort intéressantes dont l'utilisation des mass média pour favoriser la démystification de la maladie mentale et pour mettre l'accent sur l'acceptation et la participation de la communauté à la réintégration du malade mental. D'autres idées ont été présentées dans le but d'une amélioration de la qualité de la vie, comme faire des groupes de discussion avec des gens présentant des caractéristiques communes ou vivant des situations analogues. On a beaucoup parlé également de l'école et de son aspect de plus en plus déshumanisant, et pour y remédier on suggère un travail de consultation auprès des professeurs afin qu'ils puissent jouer un rôle d'agent de santé mentale. On propose aussi des groupes de tâches avec les adolescents pour leur faire expérimenter de nouveaux rôles, développer chez eux le sens des responsabilités, etc... Toutefois, même si on acceptait certaines de ces suggestions, on avait de la difficulté à préciser comment on devait procéder pour les réaliser: devrait-on le faire avec les gens des services aux étudiants ou encore intervenir comme équipe psychiatrique en faisant nous-mêmes des groupes ?

DIFFICULTES D'ELABORATION DE PROJETS

Lors de la scéance plénière, un participant a longuement fait état du processus en atelier pour parvenir à un projet concret: "Ce que j'ai trouvé le plus intéressant dans cet atelier c'est tout le processus par lequel on est passé pour définir un problème — c'est la difficulté qu'on a de s'orienter vers un problème sans vouloir tout changer en même temps et aussi la difficulté de trouver les différentes composantes des problèmes. A tout moment durant l'atelier il arrivait toujours un sentiment d'impuissance: faire de la prévention c'est impossible, alors on n'essaie rien. Et ce sentiment d'impuissance paraissait plutôt sous forme de critiques, projet continuellement critiqué, difficulté à se laisser aller, à "fantaisier" un peu et peut-être suivre le principe que plus il y a d'idées plus on a la chance d'arriver à des projets créateurs... Pour montrer tout ce processus, on a fait le projet et à la fin de l'atelier il était déjà presque complètement démoli."

DICHOTOMIE : MALADES VERSUS SOCIETE

On a senti lors de ce colloque, en particulier lorsqu'on a parlé de prévention en santé mentale, une dichotomie très nette: notre rôle consiste-t-il à traiter des maladies mentales ou à traiter les problèmes de la société ?

A ceux qui voulaient préparer les adolescents à faire face aux contraintes de la vie, on rétorquait que cela n'était pas un problème qui ap-

partenait aux professionnels de la santé mais que c'était plutôt le problème de tous les citoyens, problème d'éducation, de choix. Aux professionnels de la santé qui voulaient jouer un rôle dénonciateur concernant les conditions pathogènes de notre société et sensibiliser d'autres organismes habilités à y remédier, on répondait qu'on n'avait même pas les outils nécessaires ni le pouvoir pour y arriver. Comment se fait-il alors que déjà, dans plusieurs disciplines médicales, les préoccupations actuelles soient nettement axées sur la prévention et qu'au niveau de la psychiatrie on en soit encore si loin ?

Le débat était, pour ainsi dire, animé. Animé mais aussi presque sans issue. A ceux qui disaient que l'on devait traiter les malades, les autres répondaient qu'il fallait aussi concentrer des énergies à l'amélioration de la qualité de vie et favoriser ainsi une meilleure santé mentale. "Mais alors avez-vous des moyens pour mesurer ces interventions préventives"? objectaient les premiers. Un médecin déclarait à ce sujet: "J'ai en tant que médecin, dont les racines sont essentiellement scientifiques, de nombreuses résistances à travailler là où il n'y a pas d'évaluation scientifique possible". Mais peut-on mesurer des actes de prévention de la même façon dont on a toujours mesuré les interventions médicales? Ne faut-il pas créer de nouveaux outils de mesure et aborder le problème différemment?

Débat sans issue certes, qui présentait tout de même des moments intéressants. Les positions étaient claires: certains arguments établis sur l'expérience, d'autres sur l'espérance. Dichotomie irréconciliable!

Un participant a même ajouté le commentaire suivant: "Du mouvement de psychiatrie communautaire émergent toutes sortes de rêves qui sont des rêves absolument séduisants sur le plan personnel mais qui vont devoir se confronter avec des défenses, des résistances, des critiques qui viennent de la réalité. J'ai l'impression que c'est cela qui est en train de se développer et qui est plus évident cette année que l'an passé, qui va être plus évident l'an prochain mais c'est là le danger, le désir s'en va comme dans un entonnoir".

C'est également ma principale crainte que le système étouffe ces forces émergentes. A force de rencontrer des résistances, non pas de forces extérieures mais de nos propres collègues de travail, on ne risque plus, on ne crée plus, c'est cela le danger. Et pourtant tout est à inventer en prévention !

CONCLUSION

Que penser de ce deuxième colloque? C'est certainement une suite de la première rencontre, et aussi une discussion beaucoup plus approfondie des deux sujets les plus controversés. Si l'an dernier on a beaucoup parlé des difficultés du travail d'équipe, cette année on n'hésite pas à faire ressortir clairement les divergences d'opinion entre nous.

Ce colloque qui se voulait un lieu d'échanges et de stimulation professionnelle pour les thérapeutes travaillant dans les cliniques externes a légèrement bifurqué d'orientation puisqu'on s'est interrogé longuement sur le rôle de l'asile et de ses traitements en abordant le problème de la chronicité. Pourtant de nombreuses questions auraient pu être discutées : les pressions que l'on exerce sur les familles des patients, celles que l'on exerce sur le patient pour le faire bouger, la possibilité ou non de guérir le malade chronique, les choix qu'il faut faire parmi notre clientèle, la médication et tous ses effets, la réinsertion sociale, etc...

Je crois que nous avons été particulièrement sévères pour la psychiatrie communautaire. On a beaucoup parlé d'une "broken promise". Mais nos attentes n'étaient-elles pas tout à fait irréalistes et irréalisables ? N'est-il pas beaucoup trop tôt pour réagir d'une façon aussi pessimiste à l'égard de ce type d'intervention encore nouveau ? Heureusement, on a beaucoup parlé de l'importance de faire certains choix au niveau du traitement et aussi de ramener nos attentes à un niveau plus réaliste. Un souffle nouveau a sans doute ranimé l'espoir de plusieurs lorsqu'on a parlé de l'asile et des conditions d'admission qu'on se doit d'imposer. Là encore des choix à faire, difficiles mais indispensables.

Quant à la prévention, le processus d'élaboration de projets de prévention a été très révélateur. La difficulté de cerner un problème, la difficulté d'imaginer des solutions, l'absence de normes rigoureuses d'évaluation, les nombreuses résistances des collègues, tout cela a été vécu en atelier d'une façon tout-à-fait analogue à celle qui se produit en réalité au niveau de chacune des équipes. On sait par ailleurs que certaines équipes de travail en psychiatrie ont fait des interventions dignes d'intérêt, qui sont malheureusement demeurées dans l'oubli faute de publicité, soit qu'elles avaient été jugées trop sévèrement par ses concepteurs, soit que l'on ait jamais jugé opportun d'analyser sérieusement les causes d'échec ou de réussite.

Les deux premiers colloques ont été consacrés à la discussion de principes généraux en psychiatrie communautaire. Il serait intéressant que les prochains débats soient axés sur des expériences concrètes, décrites et analysées par les thérapeutes impliqués : essai d'un nouveau style d'intervention clinique, programme d'information, projet de réinsertion sociale, etc. Et si l'on ne peut trouver à l'intérieur du réseau psychiatrique des expériences valables, méritant d'être diffusées et discutées, pourquoi ne nous adresserions-nous pas à d'autres professionnels ou para-professionnels ? La prévention en santé mentale n'est certes pas notre exclusivité !

Les travailleurs du réseau public n'ont pas souvent l'occasion d'échanger des propos avec les professionnels activement engagés dans un type de travail identique et les sujets de discussion sont loin d'être épuisés. C'est à nous donc d'apporter à ces colloques les problèmes de l'heure et d'y mettre toutes les énergies nécessaires pour les solutionner.

SUMMARY

The author summarizes the second congress on community mental health. The chronic patients and the problems on his treatment were the subjects of discussion in the first segment of the congress. Diverse definitions of chronicity were proposed and the problem of the asylum and the means to overcoming a certain immobilisation inherent in the treatment of chronic patients were also considered. In the second section, under the theme of prevention, discussion polarized with some participants advocating an emphasis solely on the treatment of the mentally ill while others preferred a concentration on the quality of life.